Z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Dra M. Madurowicza.

O ROZMIĘKCZENIU KOŚCI

(OSTEOMALACIA)

U RODZĄCYCH

I WYLECZENIU TEGOŻ PRZEZ WYCIĘCIE JAJNIKÓW

PO WYKONANEM CIĘCIU CESARSKIEM.

Napisał

Dr. Stanisław Braun

I. asystent tejże kliniki.

KRAKÓW.

DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

pod zarządem A M. Kosterkiewicza.

1891.

Medyc. pol. 3696

45927 II

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ z r. 1891 Nr. 17—18.

Biblioteka Jagiellońska

Z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Dra M. Madurowicza.

O rozmiękczeniu kości (osteomalacia) u rodzących i wyleczeniu tegoż przez wycięcie jajników po wykonanem cięciu cesarskiem.

Napisał

Dr. Stanisław Braun,

I-szy asystent tejże kliniki.

Dopóki utrzymywano, że każda przeszkoda porodowa pochodzi od zbyt gwałtownych ruchów płodowych, przypuścić wypada, że dopóty nie znano ścieśnienia miednicy; dopiero gdy Smellie zwrócił uwagę, że istnieją miednice prawidłowe i takie, przez które płód z trudnością przechodzi, zaczęto się zastanawiać nad rodzajami i przyczynami ścieśnienia miednicy. Dlatego słusznie przypuścić możemy, że pierwsza wiadomość o istnieniu osteomalacyi odnosi się do początku wieku XIX i pierwszy, który zwrócił na nią uwagę, był Stein starszy, który nietylko pierwszy wspomina o téj chorobie kości, lecz i pierwszy wykonał cięcie cesarskie z powodu osteomalacyi.

Pomimo jednak, że znamy od wieku osteomalacyję i w czasie tym wykonano nad tym przedmiotem rozliczne doświadczenia i poszukiwania, przyczyna powstawania rozmiękczenia kości jest jeszcze dotąd niewyjaśnioną. Wiemy tylko tyle, że jestto choroba ogólnego odżywienia, usadowiająca się w kościach, z przebiegiem przewlekłym, wyniszcza-

jąca powoli cały ustrój, podobnie jak charłactwo rakowe, cukrówka, złośliwa niedokrewność, chroniczne zapalenie nerek i t. p. i kończąca się śmiercią osoby przez przyłączającą się z czasem grużlicę płuc. Zdarza się najczęściéj u kobiet w okresie dojrzałości płciowéj, wyjątkowo u dziewcząt, które jeszcze nie miesiączkowały i u kobiet starszych po 50 roku życia, które przestały miesiączkować. Zostaje w ścisłym związku z okresem płodzenia i dojrzałości płciowéj, gdyż rozwija się zwykle u kobiet, które przedtem kilka razy rodziły, powstaje najczęściéj podczas ciąży lub połogu, a pogarsza się zwykle podczas każdorazowéj ciąży. Co do karmienia, twierdzi Fehling, że takowe nie ma wpływu na powstanie choroby, gdyż widział bardzo często to cierpienie u kobiet, które albo bardzo krótki czas, lub wcale nie karmiły, a przeciwnie nie spostrzegał osteomalacyi u kobiet, które zwykły karmić zadługo, bo od 1—2 lat, jak to się dzieje u kobiet japońskich i mieszkanek południowéj Francyi.

Po za okresem zapłodnienia, dopóki kobieta jest jeszcze zdolną do zajścia w ciążę, pogarsza się choroba już rozwinięta podczas każdéj regularności, zatrzymuje się zaś w rozwoju i ustępuje, skoro regularność ustąpi na zawsze, czy to dobrowolnie, czy to po wycięciu macicy i jajników. Nagabuje nietylko osoby ubogie, odżywiające się niedostatecznie i nędznie, mieszkające w ciasnych, ciemnych i wilgotnych izbach, zajęte ciężką pracą i troską o jutro, lecz nie oszczędza także i osób zamożnych, pędzących spokojny i błogi żywot wśród najkorzystniejszych warunków życia. Zdawałoby się, jak gdyby pewne wpływy atmosferyczne i teluryczne działały sprzyjająco na rozwój choroby, bo występuje nagminnie w pewnych okolicach, jak nad brzegami Renu, w północnych Włoszech około Medyjolanu i w niektórych kantonach Szwajcaryi, w Flandryi i Kalabryi, podczas gdy w innych krajach, jak Anglii, owéj siedzibie spokrewnionéj objawami z osteomalacyją choroby angielskiéj, i północnéj Ameryce należy do zjawisk bardzo rzadkich.

Rozwija się zwykle nader powoli, ztąd rozpoznanie samego zawiązku choroby jest trudne, gdyż rozpoczyna się takiemi samemi objawami jak gościec mięśniowy, stawowy, grużlica kości i t. p. Pierwszy zaś objaw, który zwraca naszą uwagę na możność rozwinięcia się tej choroby, jest ból w krzyżach i miednicy, uważany nieraz mylnie za ból gośćcowy. Bóle te występują szczególnie podczas ucisku na kości miednicy, stąd najczęściéj podczas podnoszenia ciężarów, siadania na twarde krzesło i chodzenia. Po niejakim czasie przenoszą się bóle na klatkę piersiową, stąd głębokie wdechy są dosyć przykre, a w końcu zajmują kończyny, oszczędzają zaś jedynie głowę. Z tego powodu nie lubią chore dotknięte osteomalacyją wiele chodzić, wstrzymują się od pracy, bo wszelkie ruchy ciała są dla nich bardzo bolesne. Dopóki zajęte są kości miednicy, chore poruszają się powoli, mocno przechylone ku przodowi i zwykle wsparte o kij, drugą osobę lub jaki sprzęt domowy. Jeżeli dodamy do tego wyraz twarzy blady, znękany i policzki wychudłe, to nawet najmłodsze osoby robią na nas wrażenie wcześnie rozwiniętego i daleko posuniętego uwiądu starczego. Chód takich chorych, jak i ustawienie stóp są charakterystyczne, chore bowiem, aby się naprzód posunąć, zwykły zwalać cały ciężar ciała na jednę kończynę, na któréj się wspierają, podczas gdy drugą kończynę podnoszą lekko ku górze i ostrożnie posuwają naprzód, przenosząc teraz ciężar ciała na kończynę przednią i w ten sam sposób co wyżéj, posuwając kończynę drugą naprzód. Gdy chora taka idzie, to jak słusznie Schroeder zauważył, robi wrażenie, jak gdyby chciała się posuwać naprzód na jednéj nodze. Jeżeli stoi spokojnie, to stopy są zawsze blisko siebie ułożone, zwrócone palcami dużemi ku sobie. Chód powyższy nazywają niektórzy autorowie poziomym. Po niejakim czasie staje się i chód dla takich chorych uciążliwy i zmuszone są ciągle pozostawać w łóżku, wyczekując zbliżającéj się powoli śmierci. Leżenie w łóżku, chociażby najspokojniejsze, staje się z czasem bardzo uciążliwe i dotkliwe, skoro zajęte zostaną i kości klatki piersiowéj. Ciężarem ciała ugniecione kości jednéj

strony, zmuszają chorą do ciągłego przewracania się na bok drugi i układania się w inne położenie. Wskutek tego i noce są dla takich chorych przykre, trapi ich bezsenność, która podkopuje już i tak bardzo wątłe siły organizmu.

U niektórych chorych dość wcześnie występuje uporczywy kaszel, duszność, jakoteż kolka brzuszna i biegunka, co według niektórych autorów ma pochodzić od drażnienia błony śluzowéj oskrzeli i przewodu pokarmowego przez nadmiernie wydzielające się sole wapienne na powierzchnię błon śluzowych.

Badania podobnych chorych przeprowadzone dotąd w rozlicznych kierunkach przez różnych autorów, głównie Fehlinga, nie doprowadziły do wyników dodatnich.

Osoby takie są zwykle małego wzrostu, blade, wychudłe, o skąpéj lub zanikłéj podściółce tłuszczowéj, pochylone lub w łóżku leżące skurczone, żalące się na ogólną obolałość ciała, wzmagającą się podczas ruchów lub ucisku na kości, przyczem możemy stwierdzić, że już najlżejszy ucisk jest bolesny, a kości są nader miękkie i tak podatne, że w przypadkach daleko posuniętéj choroby można je z łatwością i nieraz dość znacznie odchylać lub zaginać na wszystkie strony. Dlatego rozróżniają niektórzy autorowie dwie formy osteomalacyi:

1) rozmiękczenie kruche *(osteomalacia fracturosa)*, gdzie jeszcze pewna część kości twardéj pozostała, przezco kości dadzą się z łatwością złamać ale nie naginać; — 2) rozmiękczenie woskowe *(osteomalacia eerea)*, gdzie sprawa tak daleko postąpiła, że kości są jakby wosk miękkie i podatne. Możemy powiedzieć, że pierwsza forma jest początkowym, a druga późniejszym okresem choroby.

Rozmiękczenie kości występuje najpierw w miednicy i to najwcześniéj w przedniéj połowie takowéj, późniéj zajmuje tylną połowę miednicy, żebra, mostek, a w końcu kończyny. Ten postęp choroby można stwierdzić klinicznie, a zarazem wywiady wykazują, że bole pochodzące od rozmiękczenia występują najpierw w miednicy, późniéj dopiero przechodzą na tułów.

Z powodu podatności kości poszczególne ulegają różnemu nieprawidłowemu zniekształceniu, jak zagięciu, załamaniu i odwinięciu, co można najwyraźniéj widzieć na kościach miednicy.

Miednica rozmiękła jest, biorąc rzecz klinicznie, miednicą niepomiarową i ścieśnioną ogólnie, ale przeważnie w wymiarze poprzecznym, chociaż najwięcéj skrócony bywa wymiar krzyżowo-biodrowy *(distantia sacrocotyloidea)* wynoszący w prawidłowych warunkach 8 cm., w przypadkach cierpienia daleko rozwiniętego, równający się zeru, to jest, że wzgórek kości krzyżowéj dotyka panewek biodrowych. Z powodu niejednostajnego i równoczesnego rozwinięcia się choroby w obu połowach bocznych miednicy jest zwykle jeden wymiar krzyżowobiodrowy więcéj skrócony od leżącego po stronie przeciwnéj.

Zmiany, jakie rozmiękczenie sprowadza w miednicy, dają się z łatwością wytłomaczyć, jeżeli uwzględnimy, że miednica rozmiękła składa się z kości miękkich i podatnych, a z drugiéj strony, że na taką miednicę działają siły, które w zwykłych warunkach wywierają tak olbrzymi wpływ na kształt miednicy.

Pierwszą, a zarazem najważniejszą taką siłą jest ciężar kręgosłupa, odpychający kość krzyżową ku dołowi, wskutek czego kość krzywa obraca się niejako około swéj osi poprzecznéj, łączącej punkta przyczepienia więzadeł krzyżowo-biodrowych *(ligamenta ileosacralia)* i obniża się część górna t. j. wzgórek krzyżowy ku dołowi i naprzód zbliżając się tem samem do spojenia łonowego, podczas gdy dolna połowa odchyla się ku tyłowi. Podczas gdy obniżenie wzgórka jest możebne, to odchyleniu dolnego końca kości krzyżowéj przeszkadzają 2 pary silnych więzadeł łączących kość krzyżową z kością siedzeniową (*ligamento spinoso-sacralia et lig. tuberoso-sacra*). Wskutek tego koniec kości krzyżowéj i kość ogonowa są zwrócone ku przodowi, może nieco więcéj niż zwykle. Działanie tych dwóch sił działających na kość krzyżową uwidocznia się tem, że kość krzyżowa załamuje się w połowie swéj długości, t. j. w wysokości 2 i 3 kręgu

krzyżowego, tworząc po stronie przedniéj bardzo mocną wklęsłość a po stronie tylnéj mocne wypuklenie ku tyłowi (*kyphosis*). To wystąpienie kości krzyżowéj ku przodowi sprawia, że trzony kręgów krzyżowych, szczególnie w górnéj połowie, sterczą więcéj ku przodowi niż przylegające do nich skrzydła krzyżowe.

Kość krzyżowa zostaje ku górze w ścisłym związku zapomocą stawów z kręgosłupem lędźwiowym, a po bokach łopatki biodrowe łączą się z nią nietylko zapomocą spojenia krzyżowobiodrowego (*synchondrosis sacro iliaca*), lecz za pomocą więzadeł szerokich krzyżowobiodrowych (*lig. vaga posteriora*).

Wskutek obniżenia się i przechylenia ku przodowi wzgórka kości krzyżowéj, wygina się mocno naprzód kręgosłup lędźwiowy, tworząc mocne wygięcie ku przodowi (*lordosis*). Równocześnie zostaje pociągnięta ku przodowi i dołowi z kością krzyżową i łopatka biodrowa, wskutek czego oddalenie kolców górnych tylnych staje się mniejsze. a łopatka zostaje załamana, tworząc między połową przednią a tylną rowek biegnący zwykle od kolca biodrowego przedniego górnego do tylnego dolnego, czyli t. zw. rowek Kiliana (*sulcus Kiliani*). Na załamanéj łopatce biodrowéj będzie miał grzebień kształt owalny zamiast dużéj litery S.

Ciężar kręgosłupa uwidocznia się także na podstawie miednicy, na któréj cały ciężar spoczywa, t. j. na guzach siedzeniowych. Takowe jako podatne zostają na zewnątrz odwinięte i przyczyniają się do zniekształcenia łuku łonowego, co się dzieje i przez wsunięcie panewek ku zewnątrz i tyłowi i górze.

Z powodu oporu, jaki stawiają ciężarowi ciała kończyny dolne, co stanowi drugi ważny czynnik w ukształtowaniu miednicy, zostają panewki biodrowe mocno na wewnątrz wpuklone i to zwykle po jednéj stronie więcéj niż po przeciwnéj i więcéi ku przodowi wysunięte. Wskutek tego nie tylko zwracają się duże krętarze kończyn mocno ku przodowi, ale obie kończyny zostają więcéj zwrócone ku sobie palcami dużemi stóp na wewnątrz. Wpuklone panewki zbli-

żają się coraz więcéj ku kości krzyżowéj, dzieląc tem samem całą jamę miednicy na trzy przedziały, z których przedni leży między wsuniętemi panewkami a spojeniem łonowem, dwa zaś boczne nad przetokami krzyżowobiodrowemi. Kształt wchodu miednicy przyjmuje postać listka trójdzielnego koniczyny.

Przez wpuklenie się panewek zostają zbliżone do siebie gałęzie poziome kości łonowych i części wstępujące kości siedzeniowych. Kości łonowe ulegają przed guzikiem biodrowo-łonowym załamaniu, a części wstępujące kości siedzeniowych zanadto zbliżone do siebie zwężają łuk łonowy, który przyjmuje postać szczeliny, niekiedy litery omega. Spojenie łonowe zostaje w postaci dziuba mocno ku przodowi wysunięte i mocno zaostrzone.

Działanie trzeciego czynnika, t. j. skurczu mięśni prążkowanych przyczepiających się i odchodzących od miednicy przyczynia się niemało do owego ogólnego zniekształcenia miednicy.

Pomiary miednicy rozmiękłéj wykazują skrócenia wymiarów poprzecznych, głównie oddalenia krętarzy dużych od siebie, inne wymiary są albo mało skrócone lub nawet prawidłowéj wielkości.

Na kręgosłupie obok *lordosis* w kręgach lędźwiowych i *kyphosis* w kości krzyżowéj, znajduje się w kręgach piersiowych wygięcie na bok, *scoliosis*, z wypukleniem najczęściéj na prawo.

Na klatce piersiowéj napotykamy podobne zmiany jak u dzieci, które cierpią na krzywicę. Mostek jest mocno wygięty ku przodowi, a po bokach klatki piersiowéj żłobkowate wyżłobienia od ucisku ramion.

Na kończynach rzadko spotykamy zniekształcenia, bo zanim choroba już tu się rozwinie, to zwykle dawno kończyn chora nie używa, leżąc obłożnie w łóżku. Łatwo sobie teraz wytłomaczyć, że w miarę rozwoju choroby skraca się coraz więcéj i długość ciała, głównie tułowia, który zdaje się coraz więcéj zbliżać do miednicy i wchodzić w takową.

Jestto objaw tak charakterystyczny, że nawet otoczenie chorėj zwraca naszą uwagę na ten tak ważny szczegół.

Biorąc rzecz ze stanowiska anatomiczno-patologicznego, to toczą się w kościach rozmiękłych dwa procesy równocześnie zapalenia i zaniku kości. Na przekroju kości takie okazują się różowo zabarwione lub żółtawe.

W narządach wewnętrznych nie napotyka się zwykle żadnych charakterystycznych zmian, z wyjątkiem okolicy najbliższéj jajników, która jest często unaczynioną nie tylko przez naczynia żylne, ale i tętnicze mocno rozszerzone i rozgałęzione, jak to Fehling stwierdził w przeważnėj liczbie osteomalacyi podczas operacyi.

Jajniki same nie przedstawiają zawsze jednakowego stanu, gdyż w jednych razach są małe, zanikowe, w innych przypadkach prawidłowėj wielkości z naczyniami włosowatemi miąższu torbielkowato rozszerzonemi.

Badanie moczu, dokonane przez Fehlinga w dwóch przypadkach daleko posuniętéj choroby, wykazało odwrotnie jak dotąd utrzymywano, zmiejszoną ilość soli wapiennych i fosforanów tak, że przypuścić trzeba, że może tylko w początku choroby wydzielanie się tych soli jest większe, późniéj pomniejszone.

Badanie krwi wykazało znacznie zmniejszoną alkaliczność krwi tak, że podczas gdy do saturacyi 100 ccm krwi normalnéj potrzeba 270 do 366 mgrm. ługu sodowego, to w osteomalacyi rozwijającéj się potrzeba 256·3 mgrm.

Ponieważ Jaksch wykazał, że w każdéj chorobie przewlekłéj, wyniszczającéj organizm, zmniejsza się alkaliczność krwi, nie można dlatego tego objawu uważać za właściwy objaw osteomalacyi.

Nic zatem dziwnego, że w obec braku objawów dodatnich charakterystycznych, wyłącznie od osteomalacyi zależnych, powstały różne teoryje tłomaczące powstanie tej choroby.

Jedni autorowie przypuszczają, że choroba rozwija się ile razy podupada odżywienie, czy to przez niedostateczne żywienie się, złe pomieszkanie, częste obfite utraty krwi, jak

się to dzieje podczas porodów, przez co ma się wytwarzać nadmierna ilość kwasu mlekowego w krwi i kościach, rozpuszczające sole wapienne, które z początku zostają z organizmu wydzielone, a późniéj z trudnością przyswajane. Popierają teoryję tem, że zawsze znajduje się w osteomalacyi mniejsza alkaliczność krwi niż w prawidłowych warunkach. Ponieważ podobny stan zmniejszonéj alkaliczności krwi powstaje i z innych przyczyn, teoryja ta jest za mało uzasadnioną.

Fehling wychodząc z tego spostrzeżenia, że choroba pojawia się w niektórych krajach nagminnie, przypuszczał, że może osteomalacyja jest chorobą grzybkową i badał z Haeglerem krew świeżo upuszczoną z osoby dotkniętéj osteomalacyją, lecz nie mogli znaleść żadnego swoistego grzybka.

Najwięcéj do prawdy zbliżoną i najlepiéj tłomaczącą nam powstanie choroby jest świeżo ogłoszona w *Archiv für Gynaekologie* B. XXXIX, Nr. 2 teoryja Fehlinga, którą wyprowadza na podstawie wyników leczenia osteomalacyi przez wycięcie jajników (*castratio*).

Kiedy dotychczasowe leczenie, jak kąpiele słone, przetwory żelazowe, wapniowe, fosforowe i ergotyna polecana przez Fehlinga, nie doprowadziło do zupełnego wyleczenia, lecz najwięcéj do chwilowego polepszenia, polecił Fehling wycięcie jajników (*castratio*) jako środek skuteczny przeciw osteomalacyi. Dzisiaj na podstawie 20 przypadków osteomalacyi wyleczonych w ten sposób, uważa kastracyję za środek skuteczny i podaje teoryję, że osteomalacyja jest nerwicą troficzną kości, wyszłą od jajników drogą nerwu współczulnego. Czynność jajników zostaje nieprawidłowo podniesioną, co zresztą stwierdza mocne unaczynienie całéj okolicy jajników spotykane podczas operacyi i wywołuje drogą nerwu współczulnego prawdopodobnie zadrażnienie nerwów naczyniowych kości, t. zw. rozszerzających (*vaso-dilatatores*), następstwem czego powstaje znaczne przekrwienie żylne w kościach, krew z powodu utrudnionego krążenia zostaje przeładowana kwasem węglowym, który rozpuszcza sole wapniowe i fosforany krwi, które znowu zostają wessane i na zewnątrz

wydzielone, a kości pozbawione soli wapniowych stają się miękkie i podatne. Z chwilą wycięcia jajników ustaje owa podnieta dla naczyń, które teraz ściągają się, obieg krwi staje się regularny, nadwyżka kwasu węglowego ustaje, sole wapienne osadzają się w kościach, które stają się znowu twardemi i niepodatnemi.

W przypadkach osteomalacyi rozwiniętéj poza ciążą ograniczał się Fehling do samego wycięcia jajników, w osteomalacyi t. zw. połogowéj radzi wykonać cięcie cesarskie według pierwotnéj metody Porry, t. j. wszyć szypułę po odcięciu macicy w dolny kąt rany brzusznéj. Zapuszczać szypułę do jamy brzusznéj, chociażby według metody Zweifla opatrzoną, uważa za sprawę niebezpieczną, gdyż łatwo powstaje krwotok z szypuły, która jak cała macica ulega późniéj zwijaniu się połogowemu, przez co podwiązki się zwalniają.

Za pewniejszą metodę leczenia szypuły macicznéj uważa Fehling metodę Franka podaną w r. 1881, który radzi szypułę wynicować do pochwy, przez co nietylko mamy korzyści zaotrzewnowéj metody, ale omijamy wady metody śródotrzewnowéj, t. j. zakażenia i krwotoku.

Obok tego postępowania Fehlinga istnieją jeszcze inne metody: Podczas gdy jedni uważają, że wycięcie macicy i jajników, co znowu pierwszy wykazał Karol Braun, wpływa korzystnie na przebieg osteomalacyi, drudzy sądzą, że wycięcie tylko jajników leczy osteomalacyję, to inni są wreszcie tego zdania, że samo wycięcie macicy wpływa korzystnie na przebieg choroby. Reuss miał nawet wyleczyć osteomalacyję przez wykonanie samego cięcia cesarskiego zachowawczego. Ponieważ w takich spornych sprawach jedynie tylko zestawienie statystyczne może rozstrzygnąć, która z danych metod jest najwłaściwszą, dlatego pozwoliłem sobie zabrać głos w téj sprawie, aby wykazać, że w przypadkach osteomalacyi połogowéj daleko posuniętéj wycięcie jajników po wykonaniu cięcia cesarskiego zachowawczego działa korzystnie na osteomalacyję.

W ciągu roku 1890 zdarzyły się w klinice położniczéj prof. Dra M. Madurowicza 2 przypadki rozmiękczenia kości, w których postanowił prof. Madurowicz wykonać cięcie cesarskie zachowawcze z równoczesnem wycięciem jajników, a to głównie dla wyświecenia sprawy, czy samo wycięcie jajników bez macicy leczy osteomalacyję, czy dopiero wycięcie macicy i jajników wpływa korzystnie na dalszy rozwój choroby. O ile te dwa przypadki potwierdziły jego zapatrywanie, że samo wycięcie jajników zupełnie wystarczy do wyleczenia osteomalacyi, niechaj sami szan. Czytelnicy zechcą łaskawie rozstrzygnąć z przedstawienia przedmiotowego obu przypadków.

Pierwszy przypadek dotyczył izraelitki z Kolbuszowy, lat 37 liczącéj, zamężnéj, która przewieziona z Kolbuszowy do kliniki położniczéj 1 lipca 1890 r., podaje, że rodziła przedtem 4 razy, ostatni poród odbył się prawidłowo przed 7 laty, dzieci rodziły się siłami natury żywe i donoszone. Od ostatniego porodu czuje się niezdrowa, dokuczają jéj bóle w całem ciele, które wystąpić miały najpierw w miednicy, późniéj przeniosły się na klatkę piersiową i kończyny tak, że w ostatnich miesiącach chora z trudnością poruszać się mogła. Obecnie jest po raz piąty w ciąży, ciąża trwa 10 miesięcy księżycowych, przed 4 dniami wystąpiły bóle porodowe bardzo mocne, wody płodowe odpłynęły z chwilą rozpoczęcia się czynności porodowéj. Z powodu przeciągania się porodu wezwano kol. Dra Filewicza, który znalazł znaczną przeszkodę porodową w miednicy i odesłał chorą do kliniki położniczéj w Krakowie.

Podczas badania przedmiotowego znaleziono zwykły obraz osteomalacyi: osobę średniego wzrostu, bladą, wychudłą, o zanikłéj podściółce tłuszczowéj, tętnie drobnem, ciepłocie niepodniesionéj, z brzuchem obwisłym, wypuklonym przez macicę mocno ku przodowi przechyloną, odpowiadającą końcowi ciąży, zawierającą płód żywy, donoszony, w położeniu czaszkowem drugiem, nieustalonem. Dolny odcinek macicy był bardzo wyciągnięty i w swoich ścianach ścieńczały, oddzielony od trzonu wyraźnie pierścieniem zwężającym Schroedera, położonym w wysokości pępka. Badanie przez pochwę było wielce utrudnione, raz z powodu mocno odchylonych części rodnych ku tyłowi, powtóre, że szpara sromowa przedstawiała się w postaci szczeliny wązkiéj, dro-

żnéj zaledwie dla palca. Spojenie łonowe sterczało w postaci dzióba mocno ku przodowi i na lewo. Pochwa była bardzo rozpulchniona, szeroka, część pochwowa zanikła, ujście rozszerzone na wielkość talara; pęcherz płodowy pęknięty, a nad ujściem macicy i wchodem miednicy główka zbaczająca więcéj na lewo z małem przedgłowiem. Podczas obmacywania jamy miednicy stwierdzono głównie, że wzgórek kości krzyżowéj leży poniżéj płaszczyzny wchodu i sterczy mocno ku przodowi; w części środkowéj w okolicy 2. kręgu jest mocno kość krzyżowa ku tyłowi wygięta, co od zewnątrz bardzo dobrze się uwidocznia przez garb kości krzyżowéj; kość ogonowa zaś z dolną połową kości krzyżowéj jest mocno ku przodowi nachyloną. Panewki biodrowe, szczególnie lewa są mocno wypchnięte ku wewnątrz, a po stronie lewéj *distantia sacro-cotyloidea* równa się 2 ctm. Pomiary miednicy wykazały: *distantia spin. 21, dist. cr. 26, dist. troch. 24, conjugata exter. 18. conjugata vera 8, conjugata diagonalis 9 1/2*.

W obec trwania porodu przez 4 dni i porodowych bolów silnych nie można się było spodziewać, że poród w danym razie odbędzie się siłami natury. Wprawdzie Hugenberger wykazał, że nawet w osteomalacyi daleko posuniętéj może się poród odbyć siłami natury, gdyż kości miednicy osteomalatycznéj zwykły poddawać się pod uciskiem postępującéj czaszki płodu, lecz w danym przypadku, gdyby ta okoliczność mogła nastąpić, to poród byłby się już dotąd zapewne ukończył z powodu silnych bolów. Znać zatem, że w danym przypadku kości miednicy były albo jeszcze za mało rozmiękczone, czyli była dopiero rozwijająca się choroba, lub że kości przedtem rozmiękłe i w wysokim stopniu zniekształcone stały się znowu twardemi, czyli mieliśmy do czynienia z ustępującą dobrowolnie osteomalacyją. Że raczéj był początek choroby niż koniec, świadczyły o tem wywiady, chora bowiem podaje, że bóle w kościach są coraz to silniejsze, podczas gdy w chwili ustępowania osteomalacyi bóle łagodnieją.

Pytanie najbliższe pozostające do rozstrzygnięcia było, w jaki sposób matkę rozwiązać. W obec ogólnego, niejednostajnego ścieśnienia miednicy, a szczególnie w wymiarach poprzecznych i to tak znacznego stopnia, nie można się było spodziewać, że będzie można wydobyć płód żywy drogą naturalną. Pozostawało zatem albo główkę płodu wymóżdżyć lub dla uniknięcia wymóżdżenia płodu żywego wykonać cięcie cesarskie. Według rady Fehlinga i Kleinwächtera na-

leżało wykonać tę operacyję metodą Porry, jakkolwiek w przypadku Fochiera po cięciu cesarskiem według Porry miały po niejakim czasie wystąpić bóle, jakie były przed operacyją.

Prof. Madurowicz postanowił wykonać cięcie cesarskie zachowawcze z wycięciem jajników, jakiego to postępowania nikt dotąd nie wykonał, głównie dla doświadczenia, czy samo wycięcie jajników wpływa korzystnie na przebieg osteomalacyi. — W tym celu przystąpiono dnia 1 lipca z. r. do operacyi po dokładnem oczyszczeniu rodzącéj przez ciepłe kąpiele, zmywanie brzucha za pomocą wody mydlanéj, sublimatu 1‰ i eteru.

Wykonał operacyję prof. Madurowicz według zwykłéj modły. Rozcięto powłoki brzuszne na 25 ctm., poczynając cięcie 3 palce nad pępkiem i kończąc takowe 2 palce nad spojeniem łonowem. Potem wytoczono przed powłoki brzuszne guz maciczny i zespojono tymczasem za macicą powłoki brzuszne dwoma szwami jedwabnemi. Ponieważ dolny odcinek macicy był tak znacznie rozszerzony, że pierścień Schroedera sięgał dwa palce pod pępkiem, dlatego po ściągnieniu szyjki za pomocą ręki rozcięto szczyt dna macicy i przednią powierzchnię macicy aż na 1 ctm. od pierścienia Schroedera. W ranę macicy wpukliło się łożysko, położone na przedniéj ścianie macicy, które odłączono częściowo i wydobyto płód płci żeńskiéj długości 52 ctm., wagi 3180 gr., z obwodem główki prostym 32 ctm. wynoszącym. Po wydobyciu płodu wymyto jamę macicy gąbką zamaczaną w 5% kwasie karbolowym, poczem zespojono ranę maciczną dwoma szeregami szwu ciągłego katgutowego, łącząc jednem piątrem szwu warstwę mięsną, drugiem samą otrzewnę. Następnie po poprzedniem podwiązaniu *mesovarium* wycięto oba jajniki. Jelita z jamy Douglasa i macicę odprowadzono do brzucha, przykryto takową siecią jelit, jakby fartuszkiem, poczem zamknięto 3 ściegowym szwem powłoki brzuszne. Dalszy przebieg po operacyi nie pozostawiał nic do życzenia. Przebieg od samego początku do końca był aseptyczny, odchody połogowe zachowywały się prawidłowo, jakkolwiek odchody czerwone utrzymywały się dłużéj niż zwykle. Zwijanie się macicy było powolne, zwłaszcza w podłużnym kierunku; podczas gdy macica była prawie prawidłowéj szerokości, to dno sięgało jeszcze w 3 tygodniu połogu na 2 palce nad spojenie łonowe.

Ruchomość macicy od przodu ku tyłowi była jeszcze w dniu wyjścia upośledzona z powodu zrośnięcia się macicy

z powłokami brzusznemi. Rana brzuszna zagoiła się przez rychłozrost.

Co do bolów kostnych, to takowe już w parę dni po operacyi były znacznie mniejsze, w 10 dni ustąpiły z miednicy, w 3 tygodnie z klatki piersiowéj, a przy wyjściu uczuwała chora jeszcze ból w kończynach, który miał według łaskawego doniesienia kol. Dra Filewicza, za co mu składam uprzejme podziękowanie, zupełnie ustąpić tak, że chora może się teraz oddawać pierwotnemu zajęciu i pracy. W tym przypadku jest widoczny skutek po wycięciu jajników, bo ustąpienie bolów i stwardnienie kości niczemu innemu przypisać nie można.

Drugi przypadek, daleko cięższy i więcéj skomplikowany, dotyczy wieśniaczki T. K., 28 lat liczącéj, zamężnéj, z Rączny, która przyjęta 2 listopada 1890 r. do kliniki położniczéj, podaje, że 1-sza regularność wystąpiła w 16 r. życia i była zawsze bardzo obfita, choć występowała co 4 tygodnie; od 6 lat jest zamężna, rodziła 3 razy, ostatni raz przed 1 $^1/_2$ rokiem; podczas gdy pierwsze dwa porody odbyła sama i w krotkim czasie, to poród trzeci trwał znacznie dłużéj i urodziła dziecko omdlałe, które ocucono. Obecnie jest w ciąży po raz czwarty, ciąża już trwa 10 miesięcy księżycowych. W parę miesięcy po zamążpójściu doznała nagle dreszczy, bólu głowy i bolów we wszystkich stawach, przeleżała 3 miesiące w łóżku, póżniéj wstała i wkrótce zastąpiła. Bole te znowu wzmogły się podczas ciąży i stawały się coraz to gwałtowniejsze podczas każdéj następnéj ciąży. Obecnie bóle są tak gwałtowne i zajęły prawie całe ciało, że jest zmuszona leżeć od kilku miesięcy w łóżku. Podczas pierwszych 2 ciąży miała bóle w miednicy i klatce piersiowéj, w trzeciéj przeniosły się na kończyny, a podczas czwartéj, t. j. obecnéj, wzmogły się do najwyższego stopnia. Chora miała mieszkać przez długi czas w okolicy chłodnéj i wilgotnéj.

Badanie przedmiotowe wykazało: osoba długa 125 cm. blada, wychudła, jęcząca ciągle z powodu bolów prawie w całem ciele, szczególnie w kończynie dolnéj prawéj, która jest bolesna szczególnie, jeżeli się uciska staw kolanowy. Takowy jest mocno obrzmiały, fluktuacyja wyraźna, torebka wypełniona cieczą i bolesna podczas ucisku. Cała kończyna mocno przybliżona na wewnątrz (*adductio*) i zwrócona (*rotatio*) tak, że wewnętrzny brzeg stopy spoczywa na pościeli. Ucisk na staw biodrowy jest niebolesny, główka udowa jest umieszczona w panewce biodrowéj, krętarz mocno zwrócony

ku przodowi, ruchy czynne w tym stawie są niebolesne i łatwe, podczas gdy ruchy w kolanie nawet bierne są upośledzone i bardzo bolesne. Pomiary wykazały długość obu kończyn jednakową. Na kręgosłupie w okolicy górnych kręgów piersiowych, wygięcie kolumny pacierzowéj na bok prawy, w okolicy kręgów lędźwiowych jest mocne wygięcie ku przodowi, a w okolicy 2. kręgu krzyżowego mocne wygięcie ku tyłowi. Łopatka biodrowa prawa wyżéj umieszczona i nieco ku tyłowi wysunięta.

Sutki bardzo małe wydzielają skąpą ilość kleju ciężarnych. Brzuch obwisły jest mocno wypuklony przez macicę mocno w dolnym odcinku rozszerzoną, sięgającą dnem poniżéj wyrostka mieczykowatego i oddalonem od spojenia łonowego na 36 ctm., podczas gdy pępek był zaledwie na 12 ctm. od spojenia łonowego oddalony. W macicy leżał płód żywy donoszony, w położeniu czaszkowem drugiem, nieustalonem.

Podczas badania przez pochwę znaleziono części rodne mocno odchylone ku tyłowi, szparę sromową wązką, spojenie łonowe sterczące mocno ku przodowi w postaci dzióba, pochwę szeroką, część pochwową utrzymaną, z brzegami ujścia zewnętrznego rozdartemi, z przewodem szyjki ku górze się zwężającym. Obmacywając jamę miednicy znaleziono wzgórek kości krzyżowéj mocno sterczący ku przodowi i obniżony, panewkę biodrową lewą mocno ku kości krzyżowéj zbliżoną tak, że zatoki krzyżowobiodrowéj lewéj prawie nie było, a *distantia sacro-cotyloidea sinistr.* równała się najwyżéj 2 ctm. Po stronie prawéj panewka biodrowa jest mniéj wpuklona i połowa prawa miednicy obszerniejsza. Kość krzyżowa w środku mocno wygięta ku tyłowi, a kość ogonowa zwrócona mocno ku przodowi.

Pomiary miednicy wykazały: *dist. sp.* $21^1/_2$, *dist. cr. 22, conjug. ext.* $16^1/_2$, *dist. troch.* $21^1/_2$.

Na podstawie wywiadów i badania przedmiotowego rozpoznano miednicę osteomalatyczną, ścieśnioną w 3 stopniu, niepomiarową, oraz zapalenie stawu kolanowego prawego (*gonitis*) prawdopodpbnie na tle reumatycznem. Długość obu kończyn dolnych jednakowa, ruchy czynne w stawie biodrowym prawym niebolesne, ucisk na torebkę stawową niebolesny, panewka biodrowa wypełniona główką udową pozwala wykluczyć sprawę zapalną w stawie biodrowym prawym, jakkolwiek ułożenie kończyny, powyżéj opisane, na pierwszy rzut oka wydawało się pochodzić ze sprawy zapalnéj stawu biodrowego lub zwichnięcia kulszowego. Je-

dnak sprawa zapalna, chociaż w stawie kolanowym, nie pozostała bez wpływu na dalszy kształt miednicy rozmiękłéj. Chora dla bólu w kolanie prawem nie używała przez długi czas kończyny prawéj, chodziła głównie na kończynie lewéj, wskutek czego panewka biodrowa lewa zbliżyła się znaczniéj ku kości krzyżowéj, podczas gdy prawa wpuklona jest zaledwie do wnętrza miednicy, daléj lewa połowa miednicy jest znacznie pomniejszona, podczas gdy prawa jest znacznie większą, spojenie łonowe nie jest naprzeciw kości krzyżowéj, lecz przesunięte więcéj na prawo, gałąź wstępująca kości siedzeniowéj lewéj więcéj jest wypuklona na zewnątrz niż prawa, wreszcie mamy na kręgosłupie wygięcie na bok prawy, czyli jednem słowem mówiąc, mamy w danym przypadku nie tylko zmiany, jakie zwykle wywołuje rozmiękczenie, ale i zmiany, jakie powstają, ilekroć jedna z kończyn jest mniéj używaną niż druga, bez względu na to, czy dla sprawy chorobowéj w stanie biodrowym lub w kolanowym. Mamy zatem miednicę ścieśnioną nietylko w wymiarze prostym i poprzecznym, ale i ukośnym prawym i to w wysokim stopniu.

Oznaczywszy stopień i jakość ścieśnienia, nietrudno było zadecydować, jak się będzie potrzeba zachować w obec rodzącéj. Ścieśnienie tak znaczne nie pozwalało myśleć o porodzie siłami natury płodu żywego, jakkolwiek wiemy, że w osteomalacyi nie odgrywa roli stopień ścieśnienia, tylko okoliczność, czy kości są woskowo podatne, czy twarde. — W pierwszym razie możnaby się spodziewać nawet porodu siłami natury, ale w obec tego, że w danym przypadku były kości twarde, trzeba było rozstrzygnąć, czy w danym razie wykonać wymóżdżenie choćby płodu żywego, czy cięcie cesarskie. Ze względu zaś na życie płodu zdecydowaliśmy wykonać cięcie cesarskie zachowawcze z równoczesnem wycięciem jajników, zachęceni świetnym wynikiem w pierwszym przypadku.

Kiedy 4 listopada 1890 r. wystąpiły bóle porodowe i część pochwowa zanikła, wykonałem, dzięki nieocenionéj dla mnie życzliwości prof. Madurowicza, cięcie cesarskie zachowawcze z wycięciem jajników w ten sam sposób, jak to prof. Madurowicz wykonał tę operacyję w I-szym przypadku. Wydobyto płód płci żeńskiéj, donoszony, omdlały, ale docucony późniéj.

Przebieg po operacyi był zupełnie dobry. Ciepłota była normalną, tętno regularne i spokojne, odchody prawidłowe, rana brzuszna zagoiła się przez rychłozrost, macica zwijała

się powoli i jeszcze w dwa miesiące po operacyi była wybadalna nad spojeniem łonowem i zrośnięta z powłokami brzusznemi.

Bóle w kościach już w 2. tygodniu ustąpiły z wyjątkiem stawu kolanowego prawego, który jest obrzmiały i bolesny, przeciw czemu stosowano *natr. salicylicum*, kąpiele słone, smarowanie jodyną i okłady wysychające. Później przeniesiono chorą dla bolu w stawie kolanowym do kliniki chirurgicznéj, gdzie założono przyrząd ekstenzyjny Volkmanna. Nogi przedtem zbliżone do siebie dały się odsunąć od siebie i wyprostować, obrzęk w kolanie znacznie się zmniejszył. Kiedy to piszę, chora jeszcze zostaje w klinice chirurgicznéj w dalszem leczeniu.

Jeżeli teraz rzecz krytycznie bez uprzedzenia ocenimy, to musimy przyznać, że w naszych dwóch przypadkach została osteomalacyja wyleczona przez wycięcie jajników i jakkolwiek ilość przypadków obserwowanych jest skąpą, przecież uprawnia nas do następujących wniosków:

1) tłomaczenie Fehlinga patogenezy osteomalacyi, jakoby osteomalacyja była nerwicą troficzną kości, zawisła od jajników, jest najwięcéj do prawdy zbliżone;

2) twierdzenie Fehlinga, że samo wycięcie jajników leczy osteomalacyję, jest uzasadnione;

3) sposób podany przez prof. Madurowicza, t. j. cięcie cesarskie zachowawcze z wycięciem jajników, jest w osteomalacyi u rodzących sposobem rozwiązania łatwym, odpowiednim, a zarazem wystarczającym do wyleczenia osteomalacyi;

4) cięcie cesarskie według Porry w podobnych przypadkach jest tylko wtedy wskazane, jeżeli zachodzi powikłanie z nowotworem lub zakażeniem połogowem, albowiem cięcie zachowawcze z wycięciem jajników jest, jak to statystyka wykazuje, zabiegiem lepsze dającym wyniki.